Dr Paul NOGUÈS
Assistant de la clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker.

URÉTHRORRHAGIE D'ORIGINE HÉPATIQUE

URINES PURULENTES

ET TUBERCULOSE

Communications faites à la cinquième session de l'Association française d'Urologie, Paris 1901.

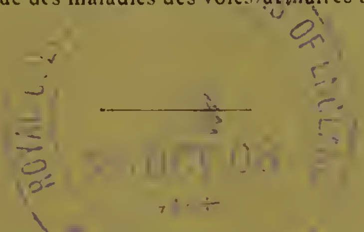
CLERMONT (OISE)
IMPRIMERIE DAIX FRÈRES
3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

URÉTHRORRHAGIE D'ORIGINE HÉPATIQUE

PAR

Le Dr Paul NOGUÈS

Assistant de la clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker.



La pathogénie des hémorrhagies de l'appareil urinaire est une question encore trop complexe pour que chacun de nous n'ait pas le devoir de publier tous les faits qui peuvent l'éclairer.

Celui que j'ai eu la bonne fortune d'observer a trait à un homme de 54 ans, dont le passé urinaire n'était pas indemme de tout accident. Dans sa jeunesse, il avait eu plusieurs blennorrhagies, dont quelques-unes s'étaient même prolongées au-delà de la durée habituelle. En 1891, il s'aperçoit que ses urines sont troubles et sentent mauvais, sans que ce phénomène s'accompagne d'aucune gêne fonctionnelle. Il va consulter M. Guyon, qui prescrit tous les deux jours une instillation de nitrate d'argent. Ce traitement amène une amélioration assez rapide. Il est suivi pendant quelques jours, puis abandonné avant que la guérison ne soit définitive.

A la fin de 1899, retour des mêmes accidents ; l'urine est de nouveau trouble et paraît même contenir du sang. Le médecin appelé constate que la vessie ne se vide pas et pratique chaque jour un sondage évacuateur suivi tous les jours d'un lavage boriqué et tous les deux jours d'un lavage au nitrate. Au bout de quelque temps apparaît un écoulement uréthral sans que cependant le malade se soit exposé à aucune contagion génitale ; cette uréthrite n'a-

vait, d'ailleurs, aucune des allures de la blennorrhagie à gonocoques ; elle s'était installée insidieusement, débutant par un léger suintement pour augmenter progressivement. Plusieurs examens bactériologiques avaient été faits qui tous étaient restés négatifs au point de vue du gonocoque.

C'est en présence de cette sécrétion uréthrale que je suis consulté pour la première fois, le 10 février 1900, et à ce moment, voici ce que je constate : il existe un écoulement uréthral assez abondant, suffisant pour laisser une tache sur le linge. Ce n'est pas du pus franc, c'est plutôt de la sérosité légèrement teintée : histologiquement, elle est constituée par des leucocytes et une assez forte proportion de globules rouges : au point de vue bactériologique, on n'y trouve ni gonocoque, ni aucune variété de micro-organismes. De nombreux examens ont été ultérieurement pratiqués ; ils sont tous restés aussi complètement négatifs. Les urines sont très abondantes, car le malade est soumis au régime lacté intégral et absorbe chaque jour quatre litres de lait : elles sont troubles et ont une coloration rouge que, à première vue, on attribue à la présence du sang. Le canal est en état de parfaite intégrité ; non seulement il ne présente aucun rétrécissement ni aucun anneau, mais la boule n° 23 avec laquelle je l'explore permet d'apprécier la souplesse de ses parois. La vessie ne se vide pas et retient environ 150 à 180 grammes d'urine. La prostate est normale, sans aucune modification de consistance, de volume ou de surface. Le toucher bi-manuel permet de constater que la paroi vésicale a conservé sa souplesse et qu'il n'existe aucune tumeur dans l'excavation. La palpation du rein droit est rendue impossible par l'énorme volume que présente le foie ; le gauche n'est pas senti.

Notre première impression, en présence de cette coloration des urines, fut qu'il s'agissait d'un néoplasme siégeant sur un point quelconque de l'appareil urinaire. Mais l'exa-

men histologique du sédiment urinaire montrait que l'on ne se trouvait pas en présence d'une hématurie. Les éléments figurés étaient représentés par des cellules de la couche superficielle de la vessie et des leucocytes, il n'y avait pour ainsi dire pas d'hématies. Au point de vue bactériologique, on trouvait en culture à peu près pure un gros bâtonnet ayant tous les caractères morphologiques du coli-bacille.

L'examen chimique montrait, en outre de l'albumine, dont la présence était facilement expliquée par le pus, une très forte proportion d'urobiline et de pigments biliaires; et, comme nous avons vu plus haut qu'il n'y avait, pour ainsi dire, pas d'hématies, il était évident que la coloration rouge des urines était exclusivement due à une modification de leur composition chimique.

Le traitement que j'instituai consista à répondre à la double indication fournie par l'évacuation incomplète et par l'infection. Un cathétérisme évacuateur fut donc quotidiennement pratiqué et suivi de lavages à l'acide borique et au nitrate d'argent. Je crus tout à fait inutile d'instituer une thérapeutique contre l'uréthrite, celle-ci me paraissant être sous la dépendance exclusive de l'infection vésicale. Je croyais que la guérison de l'une entraînerait la suppression de l'autre, et qu'il s'agissait là d'une de ces formes d'uréthrite aseptique dues à un foyer septique juxta-uréthral, comme j'en ai rapporté des exemples au Congrès d'urologie de 1897, dans mon rapport sur les uréthrites non gonococciques. (1)

Le 2 mars, une modification se produit dans l'écoulement uréthral. Celui-ci qui était resté faiblement teinté prend assez rapidement une coloration plus rouge et petit à petit, de sanguinolent qu'il était, devient franchement sanglant en même temps que très abondant. Ce n'était plus une

(1) Noguès. — Uréthrites non gonococciques. *Assoc. franç d'urologie*, Paris 1897.

simple gouttelette tachant le tampon d'ouate que le malade avait toujours soin d'insinuer sous son prépuce : c'était un véritable écoulement de sang qui transperçait le coton et la chemise ; l'hémorragie était continue, elle se produisait à tout moment de la journée et de la nuit ; contrairement à ce qui se passe dans les uréthrorragies consécutives à des déchirures de la muqueuse, la miction restait sans influence et les dernières gouttes d'urine n'étaient pas sensiblement sanglantes.

Je ne savais trop quel traitement opposer à ce saignement. J'essayai toute la série des médicaments hémostatiques employés en pareil cas, extrait fluide d'hamamelis, hamameline, limonade sulfurique. Ils n'eurent aucune espèce d'action et, pendant huit jours, non seulement le saignement persista, mais eut encore une tendance à augmenter. C'est alors que, me souvenant des bons résultats de l'antipyrine dans les épistaxis, je songeai à l'essayer : je fis, chaque jour, en retirant la sonde, après le lavage vésical, une injection dans l'urèthre antérieur avec une solution d'antipyrine à 3 % que je maintenais pendant trois ou quatre minutes. Le résultat dépassa mes espérances, car, dès la première injection, l'hémorrhagie cessa pour ne plus se reproduire, alors que dans la période ultime de la maladie, des hémorrhagies profuses apparurent au niveau de toutes les muqueuses.

Le point obscur de ce cas clinique était la cause de l'hémorrhagie, car le diagnostic du siège ne laissait prise à aucune hésitation : la continuité de l'écoulement sanguin, l'influence nulle de la miction, l'absence de sang dans l'urine, tout permettait d'affirmer qu'elle venait de l'urèthre antérieur. Mais le diagnostic étiologique était autrement obscur : rien dans les antécédents du malade ne pouvait faire penser à une lésion traumatique, il n'y avait jamais eu de cathétérisme malencontreux ; jamais de lithiase. D'autre part, l'exploration directe faisait rejeter l'hypothèse, non seulement d'une diminution de

calibre, mais même d'une sclérose uréthrale. Un instant, je pensai à un épithélioma de l'urèthre prémembraneux, mais les indications fournies par le cathétérisme, la souplesse de toute l'étendue de l'urèthre à la palpation, et enfin l'absence de toute adénopathie me firent rapidement rejeter cette hypothèse.

C'est alors que l'idée me vint de rattacher cette manifestation locale à un trouble de la santé générale, et je me demandai si cette uréthrorrhagie n'était pas sous la dépendance de l'état général et ne devait pas être considérée comme un symptôme de la maladie dont le malade était atteint. Il était, en effet, soigné pour une affection hépatique que l'évolution, ainsi que les signes fonctionnels et physiques permettaient d'étiqueter : cirrhose hypertrophique avec ictère chronique ; le début paraissait remonter à 4 ans ou 4 ans 1/2, et semblait s'être greffé sur un état gastrique beaucoup plus ancien. Suivant sa propre expression, en effet, le malade avait toujours été « un petit estomac ». Il ne savait pas ce que c'était que la sensation de la faim et les repas lui apparaissaient toujours comme une vraie corvée. Aussi son alimentation était-elle aussi spéciale que peu hygiénique ; mets recherchés, plats très compliqués, sucreries auxquels il ne faisait que goûter. Il n'était pas alcoolique et n'avait pas eu la syphilis.

Je n'entrerai pas dans la longue histoire de cette maladie interne dont le détail n'aurait aucun intérêt pour vous ; il me suffira de dire que le diagnostic était indiscutable autant à cause de l'autorité des maîtres qui l'avaient porté que de la netteté des symptômes. Au moment où j'ai vu le malade pour la première fois en février 1900, il avait ce teint non seulement ictérique, mais olivâtre qui rappelle celui de certains Levantins. Sa maigreur était extrême. La palpation de l'abdomen permettait de sentir une certaine quantité de liquide ascitique : le foie était énorme, il dépassait de quatre larges travers de doigt la ligne ombilicale ; la rate était augmentée de volume ;

en un mot, on retrouvait tous les signes de la maladie de Hanot.

L'évolution n'allait pas tarder à se précipiter. Jusqu'à ce moment, l'urèthre seul avait donné lieu à des hémorrhagies ; c'est à peine si l'on notait sur certains points du corps et en particulier sur les bras, quelques rares taches de purpura. Mais vers le milieu d'avril, il se produisit des hémorrhagies intestinales qui persistèrent seules pendant une quinzaine ; puis dans les premiers jours de mai survinrent des hémorrhagies par toutes les muqueuses à la fois, bronches, fosses nasales, bouche. Le malade perdait chaque jour des quantités de sang considérables et il expira le 23 mai.

Comme je l'ai déjà dit, au milieu de ces hémorrhagies multiples, l'appareil urinaire était resté parfaitement silencieux ; non-seulement les reins et la vessie n'avaient pas saigné, mais l'uréthrorrhagie qui avait été le premier symptôme et qui avait présenté une réelle abondance n'avait pas réapparu à la période ultime de la maladie.

Je trouve à l'observation dont je viens de relater les détails trois titres qui justifient sa publication : le premier est son extrême rareté ; je n'ai rien trouvé, en effet, de semblable au cours des quelques recherches que j'ai faites sur cette question ; les hématuries rénales sont notées comme complications de la cirrhose hypertrophique, mais je n'ai pu trouver d'exemple d'hémorrhagie vésicale, prostatique ou uréthrale.

Je rappelle ensuite l'action tout à fait remarquable de l'antipyrine. Pourquoi ce médicament, a-t-il fait ainsi merveille dans l'urèthre et comment expliquer son action. La cause initiale de l'hémorrhagie, c'est-à-dire l'altération du sang, persistait cependant. Sans vouloir chercher à expliquer son mode d'action, le résultat m'a d'autant plus surpris que je connaissais son impuissance sur les hématuries vésicales.

Enfin, par analogie, cette observation peut contribuer à

éclairer la pathogénie de certaines *hématuries rénales dites essentielles*. Nous sommes déjà loin de l'époque où l'on ne reconnaissait que trois causes aux saignements de l'arbre urinaire : la lithiase, la tuberculose et le cancer. Il n'est pas douteux, dans le cas qui nous occupe, que l'hémorrhagie ne soit la conséquence directe de l'altération du sang ; les travaux de Gilbert ne laissent sur ce point aucune hésitation. Or, ce qui se passe au niveau de la muqueuse de l'urèthre n'a-t-il pas, à cause de la délicatesse des tissus, plus de raisons encore de se passer au niveau du rein, et pour si peu que l'affection hépatique soit au début, que l'hémorrhagie en soit un symptôme précurseur comme il arrive souvent, ne se trouverait-on pas encore là en présence d'une nouvelle variété d'hématurie sans lésion anatomique ?

URINES PURULENTES

ET TUBERCULOSE

PAR

Le Dr Paul NOGUÈS

Assistant de la clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker.

Cette communication n'est que le complément de celle que j'avais eu l'honneur de faire ici même il y a deux ans. Le sujet n'a donc rien de nouveau, et si j'ai poursuivi ces recherches, c'est que je trouve à cette question un intérêt considérable autant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

La clinique n'avait pas attendu les découvertes de laboratoire pour dégager la nature exacte de certaines suppurations de l'appareil urinaire, et depuis fort longtemps mon maître, le professeur Guyon, enseigne qu'une certaine variété de pyuriques ne sont, sinon des tuberculeux avérés, du moins que des tuberculeux virtuels, des tuberculeux de l'avenir, des tuberculisables, suivant ses propres expressions.

C'est la vérification expérimentale de cette notion clinique que j'ai essayé d'apporter il y a deux ans, et j'avais été amené à étudier la valeur comparative des moyens en usage dans les laboratoires pour la recherche du bacille tuberculeux dans les urines. Ces moyens, on le sait, sont au nombre de trois : la recherche directe sur lamelles, la culture, l'inoculation aux animaux.

La recherche directe est toujours aléatoire ; le bacille de Koch, en effet, contrairement aux agents des autres variétés d'infection urinaire, ne cultive pas dans l'urine ou du moins y cultive très mal, et on n'a guère chance d'y rencontrer que ceux qui y ont été versés par l'ouverture d'un foyer caséeux. Il est juste cependant d'ajouter que, grâce à une meilleure technique, le nombre des examens négatifs diminue et au laboratoire de l'hôpital Necker, nous prenons deux sortes de précautions auxquelles nous attachons une importance capitale. La première est de procéder à cette recherche sur des urines aussi fraîches que possible, et la deuxième est l'emploi du centrifugateur : cet instrument a l'avantage de permettre un examen immédiat et surtout il paraît exercer sur les divers éléments du dépôt une véritable sélection. Peut-être s'agit-il d'une question de poids spécifique ? toujours est-il qu'à volume égal, on trouvera plus facilement des bacilles de Koch dans un dépôt obtenu par centrifugation que dans le même dépôt obtenu par simple sédimentation. Grâce à ces précautions, les résultats positifs sont loin d'être exceptionnels et dans sa traduction de l'ouvrage de Melchior, Hallé nous dit que sur les 200 derniers examens d'urine faits à la clinique de Necker, 70 fois on avait trouvé le bacille de Koch.

Le deuxième moyen de diagnostic que nous offre le laboratoire est la culture. Celle-ci peut être utilisée de deux manières différentes : par voie directe, en ensemençant avec l'urine un milieu spécial (bouillon, agar, pomme de terre glycérinée) ; par voie indirecte, en ensemençant au contraire des milieux ordinaires. Dans ce dernier cas, si rien ne pousse, il est logique — tout en réservant la possibilité d'une infection anaérobie — d'admettre que l'urine ne contient que du bacille tuberculeux à l'état de pureté. Aucune de ces deux méthodes n'a une valeur scientifique absolue, mais j'estime que la deuxième, la méthode indirecte, constitue un bon procédé de recher-

che clinique et je partage sans restriction l'opinion de Melchior quand il dit qu'une urine dont l'ensemencement sur milieux ordinaires reste stérile est fortement suspecte de tuberculose. Voici sur ce point les résultats de mes expériences. Douze urines ne contenant que du pus sans bacilles de Koch, ni aucune autre variété de microorganismes ont été ensemencées sur milieux ordinaires (deux tubes de bouillon et deux tubes d'agar pour chacune). Sur ces douze urines, cinq seulement ont fourni des cultures diverses et sept n'ont donné lieu à aucune végétation. Or, ces sept dernières étaient manifestement des urines tuberculeuses, car les animaux que j'avais eu la précaution d'inoculer en même temps, ont succombé tous les sept avec des lésions caractéristiques.

Il n'en est pas moins vrai que le plus sûr de tous les moyens d'investigation est l'inoculation aux animaux. Je n'ai rien changé à ma technique ancienne et dans tous les cas, j'ai injecté simultanément un cent. cube sous la peau de l'abdomen et un cent. cube dans le péritoine. Mes inoculations se divisent en deux catégories : dans la première je fais rentrer toutes les urines contenant des microorganismes divers, connus ou inconnus, mais provenant de malades chez lesquels les renseignements cliniques pouvaient faire penser à la tuberculose. Quinze inoculations ont été pratiquées avec de semblables urines et treize fois les animaux ont survécu. Dans les deux seuls cas où ils ont succombé avec des lésions typiques il semblait s'agir chez ces malades de tuberculose secondaire greffée sur une infection préexistante. L'un de ces sujets était un garçon de 14 ans, chez lequel était apparue une pyélite à colibacille à la suite d'une rougeole. Le deuxième malade était une fillette atteinte depuis plusieurs mois de vulvo-vaginite, et dans les urines de laquelle on ne trouvait que des gonocoques, à l'examen direct.

La deuxième catégorie comprend les urines dans lesquelles l'examen microscopique le plus attentif n'avait

permis de rencontrer aucun microorganisme et dont le seul caractère était la purulence. Ces faits sont au nombre de trente-sept : vingt-trois fois le résultat a été positif et les animaux ont succombé avec des lésions typiques de tuberculose.

Je ne puis donc que confirmer les conclusions que je posais il y a deux ans à savoir :

1° La recherche du bacille de Koch, dans une urine purulente, par l'examen microscopique direct, peut rester négatif malgré tous les soins que l'on y apporte. Cependant, les précautions que j'ai indiquées diminuent dans une notable proportion le nombre de ces résultats négatifs.

2° L'absence de tout microorganisme dans une urine purulente constitue sinon un signe de certitude, du moins un signe de forte probabilité en faveur de la tuberculose.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.